

0- 797083

На правах рукописи

ГОРЯЧЕВ ДМИТРИЙ НИКОЛАЕВИЧ

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА
СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА
И СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

14.01.14 — стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Казань 2011

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
Мухамеджанова Любовь Рустемовна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Миргазизов Марсель Закиевич

доктор медицинских наук, профессор
Анохина Антонина Васильевна

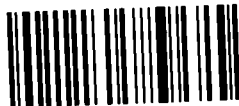
Ведущая организация: Государственное учреждение
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ)
им. М.Ф. Владимирского»

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2011 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.034.02 при ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49б.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2011

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КФУ



0000741184

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

И.Д. Ситдикова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В условиях растущего потребления алкоголя и наркотиков населением клиницисты сталкиваются с алкоголь- и опиоидо-обусловленными расстройствами здоровья (Корякин А.М., 2007; Верткин А.Л., 2008; Богданов С.И., 2011). Курация стоматологических больных с наркозависимостью представляет собой проблему как в клиническом аспекте (специфика формирования и течения воспалительных заболеваний пародонта, нарушения саливации, высокая распространенность очагов хронической одонтогенной инфекции), так и в лечебном (организация лечения, извращенная толерантность к анестетикам (Колчев А.А., 2005; Колкина В.Я., 2007). Актуален алгоритм распознавания oroфациальных симптомов наркозависимости из-за отсутствия систематизированных сведений о проявлениях наркомании в полости рта (Струев И.В., 2010, Мамсурова Т.С., 2011). Стоматологическая патология у данного контингента больных практически не изучена, а имеющиеся отдельные работы (Фурсова А.Д., 2009; Ткаченко Т.Б., 2009; Арутюнов С.Д., 2008; Ogden G.R., 2005; Riedel F., 2005; Mandel L., 2005) освещают только некоторые аспекты стоматологических расстройств у опиоидо- и алкоголь-зависимых больных.

Остро стоит проблема стоматологической курации наркологического пациента при абстинентном синдроме, сопровождающемся тяжелыми вегетативными и соматоневрологическими расстройствами. В современной научной литературе отсутствуют сведения, уточняющие механизмы развития стоматологических заболеваний на фоне абстинентного синдрома, что и определило цель настоящей диссертационной работы.

Настоящая научно-исследовательская работа поддержана Грантом Президента Российской Федерации МД-1608.2010.7 (2010–2011).

Цель исследования: Оценить морфофункциональное состояние тканей пародонта и слюнных желез у наркологических пациентов и разработать методы профилактики обострения хронических воспалительных заболеваний пародонта.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать особенности течения хронических воспалительных заболеваний пародонта у наркологических больных на разных сроках абстинентного синдрома; обозначить клинические маркеры наркозависимых поражений тканей пародонта.

2. Выявить симптомы слюварных нарушений у наркологических пациентов при абстинентном синдроме и обозначить степень побочного влияния психотропных препаратов на функцию слюнных желез.

3. Сравнить микробный пейзаж различных биотопов полости рта у пациентов с хронической алкогольной и опиоидной зависимостью.

4. Дать обоснование патоморфологическим изменениям слюнных желез, тканей пародонта и костной ткани альвеолярного отростка челюстей у наркологических пациентов.

5. Разработать и апробировать комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение риска обострения хронических воспалительных заболеваний пародонта у наркологических больных в период абстиненции.

Предмет и объект исследования. Объектами исследования явились пациенты с хронической алкогольной зависимостью (I исследуемая группа, 85 пациентов) и хронической опиоидной зависимостью (II исследуемая группа, 70 пациентов) в возрасте 18–45 лет. Гендерное соотношение составило 1:1. В зависимости от длительности абстинентного синдрома диагностический комплекс проводился на следующих сроках: 1–2 сутки (оценка состояния при поступлении в стационар; на данном этапе исключено влияние психотропных препаратов), 4–5 сутки (оценка влияния тяжести абстинентного синдрома, психотропной терапии, пищевого режима и гигиенического ухода на состояние полости рта), 8–9 сутки (оценка состояния при подготовке к выписке из стационара).

Группу контроля составили 120 студентов и сотрудников НОУ ВПО «Российский исламский институт» сходного возраста и пола, соблюдающие религиозно-этические нормы ислама, не позволяющие употребление алкогольных напитков и психоактивных веществ.

Научная новизна полученных результатов

Получены новые данные о распространенности хронических воспалительных заболеваний пародонта у наркозависимых пациентов. Впервые охарактеризованы клинические особенности течения хронического генерализованного пародонтита в разные фазы абстинентного синдрома. Установлено, что проницаемость сосудистой стенки тканей пародонта максимально выражена на 4–5 сутки абстинентного синдрома, что обусловлено вегетативным дисбалансом и накоплением микробного налета на поверхности зубов. Было показано, что особенностями слюварного статуса наркологических пациентов при абстинентном синдроме являются низкая скорость фоновой саливации, низ-

кая отвечаемость слюнных желез на химическую стимуляцию, увеличение поверхностного натяжения слюны. Выявлено преобладание в микробных ассоциациях биотопов полости рта пациентов с хронической опиоидной зависимостью анаэробов и грибов рода *Candida* (высокая корреляционная зависимость от длительности употребления опиоидов) и снижение числа компонентов в микробных ассоциациях у пациентов с хронической алкогольной зависимостью. Установлена сильная корреляционная зависимость между тяжестью воспалительно-деструктивных поражений пародонта и степенью снижения минеральной плотности костной ткани костей периферического скелета. Констатирован неспецифический характер патоморфологических изменений слюнных желез, эпителия слизистой оболочки полости рта, губчатой кости альвеолярного отростка у наркозависимых пациентов.

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов. Впервые уточнены механизмы развития системного алкогользависимого остеопороза и влияния его на прогрессирование деструктивного процесса в тканях пародонта. Обосновано системное влияние этанола и опиоидных наркотических средств на комплекс патоморфологических изменений тканей и органов полости рта. Полученные данные впервые позволили разработать критерии дифференциальной диагностики, а также профилактических мероприятий для наркологических пациентов.

Определен критический период абстинентного синдрома (4–5 сутки), характеризующийся высоким риском обострения хронических воспалительных заболеваний пародонта. Предложена карта орорфациальных признаков предикторных наркозависимых изменений челюстно-лицевой области.

Обоснованы критерии выбора профилактических средств, снижающих риск обострения хронических воспалительных заболеваний пародонта у больных с алкогольной и опиоидной зависимостью. Установлено, что эффективность профилактических мероприятий обусловлена бактерицидным эффектом антисептических компонентов и слюностимулирующим эффектом ментола и экстракта лайма.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Дебютные формы наркоаддикции проявляются в челюстно-лицевой области в виде предикторных изменений слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта и языка.

2. Выраженность патоморфологических изменений слюнных желез пропорциональна длительности употребления психоактивных веществ.

3. Тяжесть воспалительно-деструктивных изменений тканей пародонта у пациентов с хронической алкогольной зависимостью определяется степенью снижения минеральной плотности костной ткани костей периферического скелета.

Личный вклад автора. Автором сформулированы цель, задачи и план реализации исследования, проведен обзор литературных источников, посвященных влиянию психоактивных веществ на состояние полости рта. Автором составлена карта оценки стоматологического статуса наркологического пациента, находящегося на стационарном лечении, проведен комплекс дифференциально-диагностических мероприятий с использованием клинических и функциональных методов исследования. Автором лично осуществлен забор биологического материала и посев на культуральные среды на микробиологическом этапе исследования. Разработан, апробирован и реализован комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение риска обострения хронических воспалительных заболеваний пародонта у наркозависимых пациентов. Интерпретация данных лучевых, микробиологических и морфологических методов исследования, систематизация и анализ цифровых данных проводилась автором лично.

Сведения об апробации результатов диссертации

Результаты исследования доложены на II-й Российской научно-практической конференции «Здоровье человека в XXI веке» (Казань, 2010); научно-практической конференции молодых ученых КГМА (Казань, 2010); III-й Российской научно-практической конференции «Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта» (Казань, 2010); IV-й Всероссийской исторической конференции с международным участием (Москва, 2010); совместном заседании кафедр терапевтической, ортопедической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ, кафедры терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии, ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Росздрава (2011); V Всероссийской конференции молодых ученых, организованной Воронежским, Курским и Казанским медицинскими

вузами (Воронеж, 2011); XVI-й Всероссийской конференции молодых ученых «Молодые ученые в медицине» (Казань, 2011); III Российской научно-практической конференции «Здоровье человека в XXI веке» (Казань, 2011); XI-й научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины» (Санкт-Петербург, 2011); XLV-й Республиканской научно-практической конференции судебно-медицинских экспертов и криминалистов Республики Татарстан с участием представителей правоохранительных органов и судов «Организационно-правовые вопросы проведения судебно-медицинских экспертиз и исследований» (Казань, 2011); VII-й Узбекистанской международной конференции «Актуальные вопросы стоматологии» (Ташкент, 2011). Настоящая научно-исследовательская работа поддержана Грантом Президента Российской Федерации МД-1608.2010.7 (2010—2011).

Сведения о публикациях. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, в том числе 6 работ — в журналах, определенных Высшей аттестационной комиссией. Изданы методические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Татарстан и монография. Общий объем публикаций составил 4,9 у.п.л., в том числе авторский вклад 4,3 у.п.л.

Структура диссертации, ее объем

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций, библиографического списка. Работа изложена на 139 страницах компьютерной верстки, иллюстрирована 37 рисунками и 18 таблицами. Список использованных источников включает 216 источников, в том числе 81 зарубежных.

Материалы и методы исследования

Диссертационная работа выполнялась в несколько этапов на базах учреждений системы оказания государственной медицинской помощи (рис.1).

Комплекс диагностических мероприятий включал: сбор анамнеза, осмотр и использование лабораторных методов. Была разработана «Индивидуальная карта обследования наркологического больного», в которую вносились длительность и способ приема, толерантность, начало употребления опиоидов/алкоголя, ремиссии.

I этап - клинический	II этап-микробиологический	III этап-денситометрический	IV этап-морфологический
ГУЗ РНД МЗ РТ	ФГУН КНИИЭМ Роспотребнадзора	ГУЗ РКБ МЗ МЗ РТ	ГКУЗ РБСМЭ МЗ РТ
<ul style="list-style-type: none"> • Индексная оценка гигиены • Индексная оценка состояния тканей пародонта • Оценка вакуумной стойкости капилляров • Индекс периферического кровообращения Л.Н.Дедовой • Определение функциональной активности слюнных желез • Люминисцентная диагностика • Изучение глоссального статуса <p>Группа исследования – 155 пациентов (из них: 85 с ХАЗ, 70 с ХОЗ). Группу контроля составили 120 студентов и сотрудников НОУ ВПО «Российский исламский институт».</p>	<p>Забор биологического материала:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Экссудат из пародонтального кармана (у пациентов с ХАЗ – 34 образца, с ХОЗ – 47 образцов) • Мазок – отпечаток с поверхности альвеолярного отростка (у пациентов с ХАЗ – 25 образца, с ХОЗ – 28 образцов) • Мазок – отпечаток с поверхности буккальной слизистой оболочки (у пациентов с ХАЗ – 18 образца, с ХОЗ – 16 образцов) • Мазок – отпечаток с дорсальной поверхности языка (у пациентов с ХАЗ – 20 образца, с ХОЗ – 20 образцов) <p>Контрольную группу составили 80 студентов и сотрудников НОУ ВПО «Российский исламский институт», соблюдающие религиозно-этические нормы ислама, не позволяющие употребление психоактивных веществ. Количество образцов - 87</p>	<p>Исследование минеральной плотности костной ткани лучевой кости у наркологических пациентов (аппарат Omnisense 7000 фирмы Sunlight Medical Ltd.); объем исследования: 40 пациентов с ХАЗ, 20 пациентов с ХОЗ, 17 человек – контрольная группа.</p>	<p>Забор и изучение постмортального биологического материала:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Фрагменты секреторных отделов слюнных желез, выводных протоков и устьев • Фрагменты СОПР и тканей пародонта • Фрагменты костной ткани межзубных перегородок <p>Проведено гистологическое исследование и описание вышеуказанных объектов, общее количество – 72.</p> <p>Контрольная группа – 18 лиц, погибших в результате несчастного случая, не имевших наркоанамнеза и не находившихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Количество гистологических объектов – 41.</p>

Рис. 1. Этапы и объем исследования

Для индексной оценки состояния тканей пародонта были использованы: индекс гигиены Федорова–Володкиной (1976), индекс зубного камня (1961), индекс зубного налета Силнесса и Лоз (Silness, Loe, 1962), гигиенический индекс Стелларда (K. Stallard, 1969), проба Шиллера-Писарева (1963), йодное число Свракова (1962), индекс РМА в модификации Parma (1960), пародонтальный индекс (ПИ) (Рассел А., 1956), а также определение вакуумной стойкости капилляров СОПР.

Забор материала для микробиологического исследования (мазки из пародонтального кармана, с дорсальной поверхности языка и буккальной слизистой оболочки) осуществляли натошак у больных с алкогольной/опиоидной зависимостью, ранжированных в 3 подгруппы (по 15 чел.): 1 – лица с алкогольной/опиоидной зависимостью с длительностью употребления менее 3 лет; 2 – лица с алкогольной/опиоидной зависимостью с длительностью употребления 3–5 лет; 3 — лица с алкогольной/опиоидной зависимостью с длительностью употребления более 5 лет. Забор биоматериала из пародонтального кармана проводился с помощью клиновидных полосок фильтровальной бумаги. Мазки с поверхности альвеолярной десны, щеки (языка) брали при помощи двух стерильных одноразовых тампонов. Биоматериал засеивался на питательные среды: 5% кровяной агар, среды Сабуро, Эндо, стрептококковый селективный агар, желточно-солевой агар, тиогликолевая среда, MRS агар, среда Блаурокка. Идентификацию микроорганизмов осуществляли по морфологическим, биологическим, биохимическим свойствам и выражали в КОЕ/кв.см., для буккальной слизистой и спинки языка – в КОЕ/тампон.

Топографическое изъятие и унифицированное изучение постмортального биологического материала (фрагменты секреторных отделов слюнных желез, выводных протоков и устьев, фрагменты СОПР и тканей пародонта, костной ткани межзубных перегородок) у лиц, при жизни страдавших хронической алкогольной/опиоидной зависимостью выполняли на базе ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ РТ. Гистоморфометрическое исследование костной ткани проводили с помощью планиметрической линейки Г.Г. Автандилова (1986) и микроскопа «Nicon Eclipse E 200».

Изучение функциональной активности слюнных желез и свойств секрета проводилось на 1–2, 4–5 и 8–9 сутки: нестимулированная секреция и секреция, стимулированная 5% раствором лимонной ки-

слоты. Методом определения плотности костной ткани явилась ультразвуковая денситометрия.

С целью снижения степени микробной контаминации тканей пародонта и СОПР, стимуляции слюноотделения, уменьшения скорости образования зубного налета было предложено использование ополаскивателя для полости рта «Асепта». Критериями выбора профилактического средства служили: отсутствие в составе этанола, наличие хлоргексидина биглюконата (0,05%), бензидамина гидрохлорида (0,15%) и ментола (0,01%), аллергологическая нейтральность.

Полученные данные обрабатывали методами математической статистики с применением пакета прикладных программ Statistica 8,0 (Statsoft, USA) для Windows, путем сравнения объективных показателей морфофункционального статуса тканей пародонта и слюнных желез у наркологических пациентов различных поло-возрастных групп с учетом длительности употребления психоактивного вещества, а также сравнения параметров, характеризующих функциональное состояние до и после проведения профилактических мероприятий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о преобладании в структуре стоматологических заболеваний у лиц с ХАЗ и ХОЗ воспалительных поражений пародонта (рис. 2).

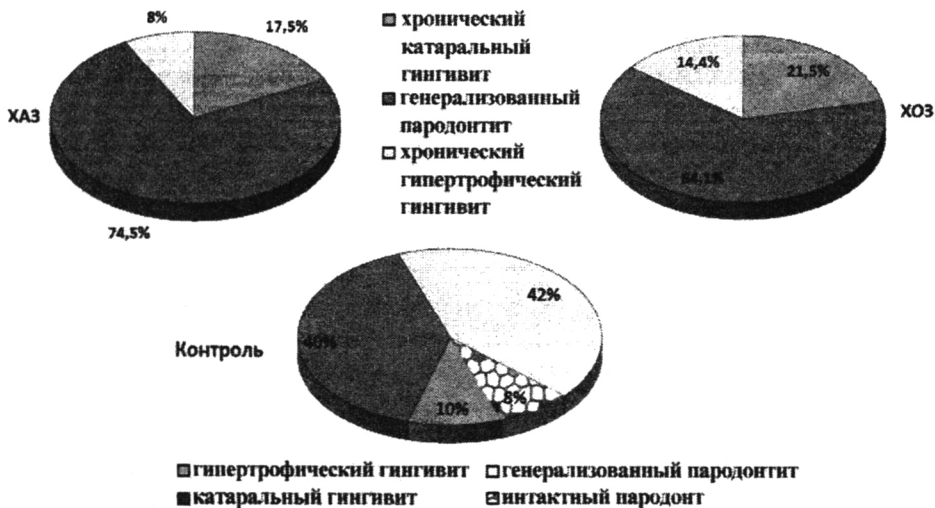


Рис. 2. Структура заболеваний пародонта у лиц с ХАЗ и ХОЗ

Как видно из табл. 1, гигиеническое состояние полости рта на 4-е сутки пребывания в стационаре достоверно ухудшается, а на 8-е сутки происходит достоверное улучшение. Выраженность воспалительной реакции тканей пародонта максимальной оказалась на 5-е сутки, что объясняется избыточным накоплением мягкого зубного налета из-за отсутствия адекватного гигиенического ухода за полостью рта и ограничением пищевого режима.

Т а б л и ц а 1

**Динамика гигиенических и пародонтологических индексов
у алкоголезависимых больных в период абстиненции**

Индексы	Сроки наблюдения в абстинентном синдроме		
	1-2 сутки	4-5 сутки	8-9 сутки
Федорова-Володкиной	3,21±0,12	4,56±0,11	3,03±0,12*
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$
Упрощенный Грина-Вермильона	5,36±1,24	5,28±0,95	4,24±0,79
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$
Зубного камня	3,34±0,24	3,25±0,09	3,24±0,87
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}>0,05$
Стелларда	2,21±0,07	2,66±0,08	2,12±0,04
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$
Силнесс-Лоз	2,62±0,09	2,81±0,06	2,54±0,02
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$
РМА	55,00±3,23	55,92±3,07	57,58±2,98
		$P_{1-4}>0,05$	$P_{4-8}>0,05$
Йодное число Свракова	3,46±0,26	3,53±0,25	3,64±0,25
		$P_{1-4}>0,05$	$P_{4-8}>0,05$
ПИ	3,24±0,12	3,78±0,17	3,52±0,22
		$P_{1-4}>0,05$	$P_{4-8}>0,05$

Т а б л и ц а 2

**Динамика гигиенических и пародонтологических индексов
у опиоидозависимых больных в период абстиненции**

Индексы	Сроки наблюдения в абстинентном синдроме		
	1-2 сутки	4-5 сутки	8-9 сутки
Федорова-Володкиной	3,09±0,45	4,84±0,40	3,02±0,38
		$P_{1-4}>0,05$	$P_{4-8}<0,05$

Индексы	Сроки наблюдения в абстинентном синдроме		
	1-2 сутки	4-5 сутки	8-9 сутки
Упрощенный Грина-Вермильона	4,02±0,43	4,96±0,94	3,29±0,70
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$
Зубного камня	3,25±0,24	3,46±0,09	3,29±0,87
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$
Стелларда	2,63±0,08	2,83±0,05	2,43±0,06
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$
Силнесс-Лоз	2,92±0,07	2,84±0,08	2,91±0,04
		$P_{1-4}>0,05$	$P_{4-8}>0,05$
РМА	59,40±5,16	64,11±6,18	57,19±7,24
		$P_{1-4}>0,05$	$P_{4-8}>0,05$
Йодное число Свракова	3,80±0,15	4,25±0,19	3,74±0,18
		$P_{1-4}>0,05$	$P_{4-8}>0,05$
ПИ	3,62±0,11	4,35±0,17	3,43±0,21
		$P_{1-4}<0,05$	$P_{4-8}<0,05$

Как видно из табл. 2, гигиеническое состояние полости рта по индексу Федорова-Володкиной на 4-е сутки пребывания в диспансере ухудшается, а на 8-е сутки происходит достоверное улучшение. Аналогичная ситуация складывается по индексу Грина-Вермильона: на 4-е сутки происходит достоверное ухудшение ($p<0,05$) в 1,23 раза, а на 8-е сутки состояние улучшается (достоверно) в 1,5 раза. Клиническими особенностями течения ХГП у больных с ХАЗ являются минимально выраженная гиперемия, обеднение сосудистого рисунка, прогрессирующая деструкция кости, вялые грануляции в пародонтальных карманах. Сравнительный анализ индексов у больных ХАЗ и ХОЗ свидетельствует о статистически недостоверных отличиях, что подтверждает факт зависимости состояния полости рта от тяжелого общего состояния при абстинентном синдроме.

Констатировано значительное снижение фоновой нестимулированной секреции у наркологических пациентов на 1–2 сутки пребывания в стационаре ($0,34\pm0,06$ мл/мин у больных с ХАЗ и $0,79\pm0,02$ мл/мин у больных с ХОЗ, $p<0,05$). Нестимулированная слюна характеризовалась пенистостью, была мутной. После стимуляции раствором лимонной кислоты скорость слюноотделения достоверно возрастала, однако не достигала значений аналогичного показателя в контрольной группе ($1,24\pm0,26$ мл/мин,

$p<0,05$). Поверхностное натяжение слюны изменялось недостоверно. На 4–5 сутки наблюдения зарегистрировано более глубокое угнетение секреции, обусловленное побочными эффектами приема психотропных препаратов. Установлена высокая корреляционная зависимость ($\rho=0,78$) между степенью выраженности слюнных нарушений и длительностью применения психотропных препаратов.

Т а б л и ц а 3

Динамика показателей диагностической пробы Кулаженко у наркозависимых больных в период абстиненции

	Сроки наблюдения в абстинентном синдроме								
	1-2 сутки			4-5 сутки			8-9 сутки		
Локус проведения диагностической пробы	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Наркозависимые лица	42,84±0,93	43,88±0,89	45,18±0,92	43,70±0,90	44,70±0,85	46,78±0,85	44,30±0,83	45,34±0,81	47,36±0,78
		$P>0,05$	$P>0,05$		$P>0,05$	$P>0,05$		$P>0,05$	$P>0,05$
Алкогользависимые лица	15,66±1,34	16,42±1,38	19,14±1,11	21,70±1,35	23,46±1,38	27,82±1,46	24,16±1,35	25,76±1,33	30,40±1,44
		$P>0,05$	$P>0,05$		$P>0,05$	$P>0,05$		$P>0,05$	$P>0,05$
Р нарк. зав.– алкоголь зав.	$P<0,01$	$P<0,01$	$P<0,01$	$P<0,01$	$P<0,01$	$P<0,01$	$P<0,01$	$P<0,01$	$P<0,01$

Прим.: локусы: 1 – переходная складка верхней челюсти; 2 – переходная складка нижней челюсти; 3 – дистальный отдел слизистой оболочки щек.

Анализ результатов густометрии показал у 22,3% пациентов с ХАЗ и 15% пациентов с ХОЗ отсутствие вкусовой чувствительности на сладкое; у 43,2% обследованных с ХАЗ и 24% обследованных с ХОЗ отмечена повышенная чувствительность на кислый раздражитель. Доказано снижение дискриминационной чувствительности до $12,4\pm 2,2$ мм на дорсальной поверхности ($p<0,01$), $6,7\pm 0,8$ мм на боковых поверхностях ($p<0,05$) и $4,2\pm 0,2$ мм на вентральной поверхности языка ($p>0,05$). Сенсорные нарушения обусловлены фрагментацией нервных волокон, что является результатом токсического влияния этанола.

В материале от лиц с алкогольной зависимостью (длительность приема алкоголя более 5 лет) определяется увеличение плот-

ности колонизации грампозитивными кокками, энтеробактериями, грибами *Candida* и снижение высеваемости резидентной микрофлоры (табл. 4). При этом наблюдается рост числа компонентов в микробных ассоциациях до 5–7 бактериальных родов. Микробный пейзаж пародонтальных карманов представлен в основном грампозитивной кокковой микрофлорой, но в большем количестве – $3,9 \pm 0,2$ lg КОЕ/см². Микробиоценоз биотопов наркозависимых лиц со сроком приема наркотических средств более 5 лет характеризуется ростом анаэробной микрофлоры, наблюдается увеличение количества стафилококков на 2–3 порядка, чаще выявляется грамотрицательная флора, у 48,5% пациентов зарегистрированы поликомпонентные грибково-бактериальные ассоциации. У 10,8% лиц выявлены грибы *Candida* с выраженными признаками патогенности. Наблюдается регистрация роста *Pseudomonas aeruginosa* — показателя выраженного дисбиоза в биотопах ротовой полости.

Т а б л и ц а 4

**Микробиоценоз биотопов полости рта у пациентов
с алкогольной зависимостью (длительность приема — более 5 лет)**

Характер микрофлоры	Микробиоценоз пародонтального кармана (lg КОЕ/ см ²)	Микробиоценоз дорсальной поверхности языка (lg КОЕ/ см ²)	Микробиоценоз слизистой оболочки щеки (lg КОЕ/ см ²)
Стрептококки (<i>Streptococcus</i> spp)	$3,9 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,2$ $P_{1-2} < 0,05$	$4,1 \pm 0,2$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Стафилококки (<i>Staphylococcus</i> spp)	$3,2 \pm 0,2$	$3,4 \pm 0,2$ $P_{1-2} > 0,05$	$3,4 \pm 0,2$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Нейссерии (<i>Neisseria</i> spp)	$2,6 \pm 0,4$	$3,0 \pm 0,4$ $P_{1-2} > 0,05$	$2,8 \pm 0,4$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Энтеробактерии (<i>Enterobacter</i> spp)	$2,7 \pm 0,1$	$3,0 \pm 0,1$ $P_{1-2} < 0,05$	$2,9 \pm 0,1$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Клебсиеллы (<i>Klebsiella</i> spp)	$2,4 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,3$ $P_{1-2} > 0,05$	$2,5 \pm 0,3$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$

Характер микрофлоры	Микробиоценоз пародонтального кармана (lg КОЕ/ см ²)	Микробиоценоз дорсальной поверхности языка (lg КОЕ/ см ²)	Микробиоценоз слизистой оболочки щеки (lg КОЕ/ см ²)
Актинобактерии (Acinetobacter spp)	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Псевдомонады (Pseudomonas spp)	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Грибы рода Кандида (Candida spp)	3,0±0,1	3,0±0,1 P ₁₋₂ >0,05	2,9±0,1 P ₂₋₃ >0,05 P ₁₋₃ >0,05

Сравнительная оценка микробного пейзажа биотопов полости рта позволяет заключить, что у пациентов с ХОЗ микрофлора отличается качественным разнообразием и количественными характеристиками по сравнению с аналогичными у лиц с ХАЗ. Данный факт можно объяснить тем, что выраженный антисептический эффект этанола препятствует активному вегетированию микрофлоры в различных биотопах.

ХГП тяжелой степени наиболее часто диагностировался у пациентов с остеопорозом (-3,76±0,43), в то же время длительность употребления алкоголя составляла более 5 лет. Анализ результатов морфометрического исследования межальвеолярной костной перегородки показал преобладание полостей резорбции над долей матрикса в два раза, при этом доля новых остеонов по отношению к полостям резорбции составила лишь 0,04. При проведении денситометрии у пациентов с ХОЗ было установлено, что значение Т-критерия не зависело от длительности употребления опиоидных наркотиков и составило в среднем -1,26±0,05, что трактовалось как верхняя граница нормы.

Исследование больших и малых слюнных желез у алкогользависимых пациентов показало наличие морфологических изменений, характерных для индуративного сиалоаденита: фиброз и липоматоз стромы, усиление гистиоцитарного цитоза, пролиферация протоков. Изменения выявлены в секреторном отделе (белковая, вакуольная и жировая дистрофия эпителиоцитов) и протоках слюнных желез (облитерация, примесь полиморфной бактериальной микрофлоры). В ряде случаев выявлены дистрофические изменения внутриорганов нервных ганглиев.

У опиоидозависимых пациентов были выявлены следующие изменения: гиперсекреция слизистых клеток, их апикальная и (или) тотальная десквамация, многочисленные слизистые гранулы, появление слюнных телец обтурирующего характера, наличие внутриклеточных и свободно находящихся среди структур скоплений бактериальной микрофлоры, набухание и очаговая деструкция базальной мембраны, отек интерстиция. Наличие инфильтрата в стенке сосуда и вокруг него является морфологическим признаком васкулита. Для облегчения интерпретации морфологических изменений была использована разработанная нами визуально-аналоговая шкала, отражающая степень пролиферации протоков слюнных желез в баллах.

На основании данных клинических, функциональных и морфологических методов исследования предложена карта орофациальных признаков ХАЗ, включающая оральные (желто-оранжевый налет на языке, дольчатость языка, девиации кончика языка, *specific foetor ex ore*, ксероз и снижение дискриминационной и вкусовой чувствительности) и фациальные (отечность лица и век, снижение тургора кожи, инъецированность сосудов конъюнктивы, телеангиэктазии, облизывание губ, «*sedum ruhyphyllum*»), признаки и предназначенная для выявления предикторных изменений ЧЛО при наличии алкогольного анамнеза.

Результаты исследований эффективности профилактических мероприятий свидетельствуют о том, что уменьшение степени выраженности отека тканей пародонта у пациентов, применявших ополаскиватель «Асепта», отмечалось на 3 сутки, выраженности гиперемии, кровоточивости и неприятного запаха изо рта — на 4 сутки, при этом боль в области десен и дискомфорт сохранялись до 6—7 суток. Последнее, возможно, в большей степени связано с особенностями проявления абстинентного синдрома (боль в костях периферического скелета). Пациенты, применявшие для полосканий 0,05% раствор хлоргексидина, отмечали исчезновение указанных признаков на 1—2 сутки позднее ($p > 0,05$). Пациенты контрольной группы, применявшие «Асепту», напротив, отмечали исчезновение признаков воспаления на 2 суток раньше ($p < 0,05$). Выраженный клинический эффект ополаскивателя обусловлен антибактериальным, противовоспалительным, противоотечным и слюностимулирующим действием, что позволяет снизить риск обострения воспалительных заболеваний пародонта в период абстиненции.

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что распространенность хронических воспалительных заболеваний пародонта у больных с ХАЗ и ХОЗ составляет 100%, из них: у пациентов с ХАЗ генерализованный пародонтит выявлен в 74,5% случаев; у больных с ХОЗ — в 64,1% случаев. Клиническими особенностями наркозависимого поражения тканей пародонта является смазанность симптоматики, незначительная выраженность гиперемии, прогрессирующая деструкция костной ткани.
2. Саливарные нарушения у наркологических пациентов при абстинентном синдроме проявляются в снижении скорости нестимулированной секреции, низкой отвечаемости слюнных желез на химическую стимуляцию. При этом критически низкий уровень саливации приходится на 4-5 сутки абстиненции. Выявленные нарушения имеют высокую корреляционную зависимость ($\rho=0,78$) от длительности применения психотропных препаратов в период абстиненции.
3. Микробный пейзаж биотопов полости рта опиоидных наркоманов отличается качественным разнообразием и количественными характеристиками, выражающимися в достоверном преобладании кокковой (*Streptococcus* spp ($5,61 \pm 0.2$ lg КОЕ/см²), *Staphylococcus* spp. ($4,8 \pm 0.4$ lg КОЕ/см²), анаэробной (*Neisseria* spp ($4,0 \pm 0.3$ lg КОЕ/см²), *Klebsiella* spp ($3,4 \pm 0.2$ lg КОЕ/см²) и грибковой *Candida* spp ($4,8 \pm 0,4$ lg КОЕ/см²) флоры по сравнению с аналогичными у алкоголь-зависимых пациентов.
4. Морфологическими маркерами алкогользависимого поражения слюнных желез являются фиброз, липоматоз стромы, гистиоцитарный цитоз и пролиферация протоков, опиоидозависимого – гиперсекреция слизистых клеток, их десквамация, появление слюнных телец obturating характера, деструкция базальной мембраны, отек интерстиция и наличие интравазального и перивазального инфильтратов.
5. Разработан и апробирован комплекс консервативных лечебно-профилактических мероприятий для наркозависимых больных, отягощенных воспалительными заболеваниями пародонта, что позволило достоверно улучшить гигиеническое состояние полости рта (на 47,8%, $p<0,05$), ускорить фоновую секрецию (в 2,3 раза, $p<0,05$) и устранить риск обострения пародонтального очага инфекции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для диагностики заболеваний пародонта в период абстинентного синдрома, мониторинга наркозависимых пациентов при абстинентном синдроме рекомендован алгоритм ведения, включающий проведение индексной оценки тканей пародонта, определение микроциркуляции, изучение особенностей слюварного и глоссального статусов, а также микробного пейзажа различных биотопов полости рта.
2. При уточнении факта систематического употребления алкоголя более 5 лет необходимо предполагать системную потерю плотности костной ткани, для чего рекомендуется проведение ультразвуковой денситометрии. В случае подтверждения остеопороза следует рекомендовать антиостеопоретическую терапию.
3. Для унификации описания отдельных морфологических изменений больших слюнных желез и определения длительности алкогольной болезни рекомендовано использовать визуально-аналоговую шкалу установления степени пролиферации протоков больших слюнных желез.
4. Для облегчения идентификации алкоголь-зависимой патологии врачом-стоматологом рекомендовано использовать унифицированную карту, отражающую основные проявления хронического алкоголизма ЧЛЮ; наличие одновременно шести и более признаков служит патогностическим индикатором ХАЗ.
5. Для снижения обострения хронических воспалительных заболеваний пародонта у наркологических пациентов рекомендован комплекс профилактических мероприятий, включающий орошения полости рта ополаскивателем «Асепта» или 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. *Горячев, Д.Н.* Структура стоматологических заболеваний у больных хронической алкогольной зависимостью / Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова // Здоровье человека в XXI веке. Материалы II-ой Российской научно-практической конференции. Т. 1. – Казань, 2010. – С.82–83.
2. *Горячев, Д.Н.* О проявлении побочного действия таблеток глицина на слизистую оболочку полости рта /Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова // Научно-практическая конференция молодых ученых. Тезисы докладов.–Казань, 2010. – С.114–115.
3. *Горячев, Д.Н.* Алкалоиды листьев коки: от мифов до великих открытий / Д.Н. Горячев // 84-я Всероссийская студенческая научная конференция. Сборник тезисов. — Казань, 2010. – С.200.
4. *Горячев, Д.Н.* К вопросу о необходимости разработки профилактических мероприятий для наркологических больных в стадии абстиненции / Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова // Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта. Материалы III-й Российской научно-практической конференции. – Казань: Издательство «Отечество», 2010. – С.56–59.
5. *Горячев, Д.Н.* Пероральный способ употребления наркотиков: исторические аспекты /Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова // История стоматологии. Материалы IV всероссийской конференции с международным участием. – М., 2010.
6. *Горячев, Д.Н.* Патоморфологическая картина больших слюнных желез при хроническом алкоголизме / Д.Н. Горячев // Материалы V Всероссийской конференции молодых ученых, организованной Воронежским, Курским и Казанскими медицинскими ВУЗами. – Воронеж, 2011. – С. 66–68.
7. *Карпов, А.М.* Структурно-динамическое единство алгоритмов формирования химических и поведенческих зависимостей / А.М. Карпов, Д.Н. Горячев// Практическая медицина. – № 1 (48), 2011. – С.37–41.
8. *Горячев, Д.Н.* Саливарный статус больных с алкогольной зависимостью в стадии абстиненции / Д.Н. Горячев // Практическая медицина. – № 1 (48), 2011. – С. 139–141.
9. *Возбудители одонтогенных инфекций у лиц с алкогольной и опиоидной зависимостью / Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова [и др.] // Инфекционные болезни. Материалы III Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням.– Т. 9, прил. № 1, 2011. – С.37.*
10. *Горячев, Д.Н.* Особенности изменения густорецепции у наркологических пациентов / Д.Н. Горячев // Материалы XVI Всероссийской на-

- учно-практической конференции «Молодые ученые в медицине». – Казань, 2011. – С.86.
11. *Горячев, Д.Н.* Оценка эффективности профилактических мероприятий у наркологических пациентов в период абстиненции / Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова // Материалы III-й Российской научно-практической конференции «Здоровье человека в XXI веке». – Казань, 2011. – С. 163–166.
 12. *Горячев, Д.Н.* Особенности влияния этанола на мукозальные эпителиоциты / Д.Н. Горячев // Денталклуб. – №4, 2011. – С. 64–65.
 13. *Горячев, Д.Н.* Стоматологическая заболеваемость наркологических больных и пути ее снижения / Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова // Общественное здоровье и здравоохранение. – № 2, 2011. – С.32–36.
 14. *Горячев, Д.Н.* Стоматологическая курация наркологических больных при абстинентном синдроме / Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова // М-во здравоохран. РТ; ГОУ ВПО «Казан. гос. мед. ун-т»; кафедра терапевтической стоматологии. – Казань: Медицина, 2011. – 28 с.
 15. *Горячев, Д.Н.* Морфологическая диагностика изменений полости рта в условиях хронической алкогольной интоксикации: методические приемы их оценки, возможности клинической интерпретации / Д.Н. Горячев, А.М. Хромова // Медицинская экспертиза и право. – № 3, 2011. – С. 44–48.
 16. *Горячев, Д.Н.* Патоморфологическая картина слизистой оболочки рта при хроническом алкоголизме / Д.Н. Горячев // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. Сборник тезисов XI-й научно-практической конференции молодых ученых. – СПб., 2011. – С. 92–93.
 17. *Горячев, Д.Н.* Микроэкология биотопов полости рта наркозависимых пациентов / Д.Н. Горячев, Л.Р. Мухамеджанова, Л.Т. Баязитова // Клиническая стоматология. – Т. 58, № 2, 2011. – С.88–91.
 18. *Горячев, Д.Н.* Челюстно-лицевые маркеры хронического алкоголизма / Д.Н. Горячев // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – Т. 43, № 2, 2011. – С.58–61.

Список использованных сокращений

ГИ – гигиенический индекс

КОЕ – колониеобразующая единица

МПК – минеральная плотность кости

ПАВ – психоактивное вещество

ПИ – пародонтальный индекс

ПНС – поверхностное натяжение слюны

СОПР – слизистая оболочка полости рта

ФВ – индекс Федорова–Володкиной

ХАЗ – хроническая алкогольная зависимость

ХГП – хронический генерализованный пародонтит

ХОЗ – хроническая опиоидная зависимость

ЧЛО – челюстно-лицевая область

Spp – subspecies – совокупность подвидов микроорганизмов

Подписано в печать 15.08.11. Тираж 130 экз. Заказ 11-120

Отдел оперативной полиграфии ГАУ «РМБИЦ». 420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125

102